

UNIVERSIDADE DO VALE DO TAQUARI - UNIVATES  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - CCBS  
CURSO DE PSICOLOGIA

**CAMINHOS DO CUIDADO: O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE  
PACIENTES DE SAÚDE MENTAL**

Regina Pereira Jungles

Lajeado, junho de 2018

Regina Pereira Jungles

## **CAMINHOS DO CUIDADO: O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PACIENTES DE SAÚDE MENTAL**

Artigo de pesquisa apresentado na disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II, do curso de Psicologia, da Universidade do Vale do Taquari - Univates, como avaliação do semestre.

Orientadora: Ms. Gisele Dhein

Lajeado, junho de 2018

## AGRADECIMENTOS

Gratidão, no dicionário, reconhecimento de alguém que lhe prestou um benefício, um auxílio, um favor. Quantas pessoas para agradecer, quantas pessoas para mencionar, porém cinco agradecimentos aqui são necessários.

À Deus, penso que a fé é algo que faz parte da humanidade, para mim é algo que faz parte da minha vida e do meu dia-a-dia. Acredito que no decorrer de toda a graduação minha fé em Deus me auxiliou a lidar com algumas dificuldades e a esperar sempre o melhor das pessoas e de mim mesma. Obrigada Deus também por sua fé em mim.

Aos meus pais, e no nome deles todos os meus familiares. Fazemos diversas reflexões sobre maternidade e paternidade no decorrer dos estudos, papeis de pai e mãe, Complexo de Édipo, todas essas ‘coisinhas’. Mas quando vou falar de vocês, pai e mãe só penso em amor. Agradeço meu pai por todas as caronas para a faculdade, todos os almoços prontos para eu levar para poder me alimentar, todo fim do dia que eu estava cansada e você cuidou de mim. Agradeço a você mãe por todo o incentivo no decorrer da graduação e da escrita deste trabalho; agradeço por cada palavra para me acalmar quando eu só falava “tenho que fazer o TCC”; agradeço pelo sacrifício de amor para que eu pudesse estar apresentando esse trabalho e, conseqüentemente, terminando esse curso, me tornando psicóloga.

Agradeço, também, meu namorado Jonas, que diversas vezes me escutou falando sobre teorias psicológicas, sem entender nada, mas com um sorriso no rosto, feliz por eu estar feliz. Obrigada pela paciência e pelo apoio incondicional no decorrer da construção desse meu trabalho. Te amo.

A minha orientadora incrível, Gisele Dhein e no nome dela todos os professores do curso de psicologia. Obrigada mestres pelo conhecimento que pude construir a partir dos ensinamentos de vocês. Obrigada por cada discussão produtiva, cada provocação. Guardo um pouco de cada um comigo. E Gisele, obrigada por me inspirar a tentar ser uma excelente profissional comprometida com o cuidado e com os sujeitos que me buscarão como psicóloga. Ainda sobre esse trabalho ele é uma construção em conjunto nossa e que sei que nos provocou a repensar e repensar a psicologia. Obrigada por não me deixar acomodar.

Por fim, agradeço aos meus amigos e colegas, obrigada pelas trocas e apoio no decorrer dessa construção.

## APRESENTAÇÃO

Quando pensava no meu trabalho de conclusão de curso, no início da graduação, já refletia sobre diversos temas e, inclusive, pensava em assuntos diferentes, conforme construía meu conhecimento através das disciplinas surgiam assuntos mirabolantes e ideias que eu dizia: “é isso”. Chegou, com o Trabalho de Conclusão I, a hora de definir um tema e preparar este trabalho, escolher aquilo que eu gostaria de pesquisar e aprofundar. Todos aqueles conteúdos que surgiram durante os quatro anos de graduação caíram por terra, não porque não eram ou são importantes, mas porque não me afetam mais como o tema atual.

Antes mesmo de iniciar meus estudos, sempre fui inclinada pela temática da saúde, principalmente pelas políticas públicas. Ao iniciar a graduação foi disto que me aproximei. Logo no segundo semestre participei como voluntária de um Projeto de Ações Interdisciplinares de Cuidado em Saúde, projeto este que estendi a participação por três anos, não mais somente como voluntária, mas também como bolsista. No verão de 2014 participei da Vivência de Estágio da Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS). Estas duas experiências me levaram a buscar mais sobre os estudos das políticas públicas, assim como as aulas e o aprendizado das disciplinas me instigaram a pensar essas políticas em saúde mental. Além disso, a área da psicologia hospitalar também guiou minhas paixões, e o quanto mais eu lia, buscava, escutava sobre isso, mais me identificava com o assunto.

Assim, o tema escolhido se relaciona diretamente com minhas escolhas e interesses, inclusive com a ênfase escolhida, que é Clínica Ampliada e Saúde. O itinerário terapêutico e a cartografia, juntos, buscam acompanhar processos e trajetórias, delinear caminhos, mas não se restringir a eles, por isso o título iniciado com caminhos do cuidado, pois não existe apenas uma forma de cuidar; cada sujeito é único na sua singularidade, assim enfrentando as dificuldades e sua doença da sua forma. E a clínica ampliada é justamente isso, compreender e atuar de forma que um mesmo problema poderá e deverá ser pensado de forma diferente, conforme a pessoa que o vive, além de não restringir o cuidado a apenas uma área do conhecimento.

A clínica ampliada envolve também a interdisciplinaridade, de se trabalhar em equipe trocando com as outras especialidades para pensar o cuidado que é do sujeito. Clínica ampliada é um conceito relacionado à área da saúde, que propõe pensar que cada caso é um caso. Ou seja, há em determinadas situações aquilo que é comum, uma determinada doença pode atingir dois sujeitos, mas o prognóstico é singular a cada um deles. Ou seja, para que se realize uma clínica adequada, isto é, uma intervenção propícia é preciso saber, além do que o sujeito apresenta de “igual”, o que ele apresenta de “diferente”, de singular (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Sobre a pesquisa, entendo que foi uma experiência importante para a formação, visto que me possibilitou a reflexão e problematização de uma temática, que como referido acima, tem grande importância quando penso no cuidado em saúde. Além disso, o contato com a equipe do hospital também foi importante para pensar meus objetivos. Os participantes foram colaborativos e compreensíveis diante dos questionamentos a respeito do seu sofrimento. Outro ponto muito importante foi o diário de campo, o meu um pouco diferente, um diário gravado. Saía das entrevistas e das orientações, ligava meu gravador e falava comigo mesma. Ouvir minha voz, posteriormente, com tonalidades diferentes, ora rindo, ora séria, com raiva, alegria, tristeza entre outras sensações, fez eu valorizar mais ainda a prática do registro, não só do ocorrido, mas do que a situação vivenciada naquele momento despertou. Muitas reflexões foram feitas nesses áudios e que estão inclusas no trabalho. Por fim, a construção do trabalho de conclusão de curso e sua finalização é um momento de desafio, de ‘arrancar os cabelos’, entre outras expressões usadas para descrever essa fase do curso, mas no final resumo o meu trabalho de conclusão de curso com três palavras, problematização, provocação e aprendizado. Ainda é importante ressaltar que os dados obtidos e analisados nesta pesquisa serão retornados aos interessados através de exposição do artigo em reunião do hospital com os demais serviços da rede de cuidado

Assim, a seguir, apresento o artigo *Caminhos do Cuidado: o itinerário terapêutico de pacientes de saúde mental*, que será encaminhado à publicação à Fractal Revista Psicologia, cujas normas para publicação encontram-se no Anexo A.

# CAMINHOS DO CUIDADO: O ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DE PACIENTES DE SAÚDE MENTAL

Regina Pereira Jungles

Gisele Dhein

## Resumo

Um dos meios de compreender o cuidado em saúde mental é através do itinerário terapêutico, ou seja, a trajetória percorrida pelos sujeitos na busca de cuidado. Pensando nisso, este artigo busca identificar e problematizar o itinerário terapêutico de pacientes internados em leitos de saúde mental em um hospital geral no interior do Rio Grande do Sul. O estudo é qualitativo e desenvolve-se a partir do olhar cartográfico. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com oito pessoas internados no hospital, e, ainda, utilizou-se o diário de campo para produção de dados. De maneira geral, os serviços da rede do município foram acessados pelos sujeitos ao buscarem cuidado, no entanto, vê-se uma fragilidade na busca da atenção básica. Outro ponto foi a banalização do sofrimento psíquico, tanto por parte dos profissionais quanto da família dos pacientes.

**Palavras chave:** Saúde mental; Itinerário terapêutico; Rede de Atenção à Saúde.

## Abstract

One of the means to understand the caring in mental health is through the therapeutic itinerary, that is, the trajectory covered by the patients in the search for care. Considering it, this paper aims to identify and discuss the therapeutic itinerary of patients hospitalized in mental health beds in a general hospital on the countryside of Rio Grande do Sul. The study is qualitative and it is developed from the cartographic perspective. There were held semi-structured interviews with eight patients from the hospital and, in addition, we used the field diary for data production. In a general way, the municipal system services were accessed by the patient's when searching care. However, we perceive a fragility on the search for basic health. Therefore, another topic

was the trivialization of psychological suffering from both the professionals and the patients' families.

**Key-words:** Mental health; Therapeutic itinerary; Health Care Network.

## **Introdução**

O cuidado com pessoas com sofrimento psíquico vem sendo constantemente discutido e repensado no âmbito acadêmico e profissional. A partir de constantes modificações históricas da forma de pensar sobre este sujeito, partindo do movimento da Reforma Psiquiátrica (RP), é possível refletir sobre o cuidado de forma a problematizar as práticas que têm se construído no cuidado a esse sujeito.

A RP, movida por lutas pelos direitos das pessoas com sofrimento psíquico, foi uma modificação política social que levou os profissionais e a sociedade a repensar o sujeito 'louco'. Assim, também concomitante a essa, a Reforma Sanitária, que buscava modificar a forma como se dava a assistência à saúde, desenvolveu o Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios, base para a RP.

O SUS é composto por diversos serviços, cada um tendo um objetivo principal de trabalho. Porém, o sujeito não é passível de ser dividido ou fragmentado quando falamos em cuidado em saúde<sup>1</sup>; por isso, torna-se importante que estes serviços se articulem, que estabeleçam uma rede de cuidado. Além disso, é importante pensar que o cuidado é realizado de pessoas para pessoas, ou seja, há diferentes formas de ser e pensar envolvidas, histórias que se contrapõem umas às outras e também crenças e valores.

Nesse sentido, a clínica ampliada propõe pensar que cada realidade é única, e assim como pessoas são diferentes, as doenças, embora sejam as mesmas, precisam de cuidados por vezes diferentes. O modo como o sujeito encara e vivencia seu processo de saúde (e de adoecimento), bem como pelas pessoas em seu entorno, é singular. Isso nos

---

<sup>1</sup> O conceito de integralidade, pode ser entendido, como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

permite pensar que no cuidado em saúde é preciso refletir sobre o sujeito que está ali procurando a ajuda, partindo dos profissionais possibilitar o acolhimento e escuta do sofrimento de cada sujeito.

Para compreender as necessidades e demandas de cuidado dos sujeitos, é importante que os profissionais e serviços de saúde trabalhem orientados pelos princípios da interdisciplinaridade<sup>2</sup> e intersetorialidade<sup>3</sup>, sendo importante a comunicação e conhecimento do trajeto percorrido pelo sujeito. Torna-se importante refletir sobre o processo de saúde e doença dos usuários e de que modo os serviços de saúde vêm atuando frente à população com sofrimento psíquico. Além disso, de potencializar nestes sujeitos seu papel ativo no tratamento e no seu cuidado. É necessário, assim, problematizar os motivos da pessoa ter buscado determinado serviço e não outro e, principalmente, acolher o sujeito independentemente se o serviço que ele buscou é o referenciado para o seu cuidado. Acolhimento entendido aqui como uma atitude por parte de todos os profissionais, que escutam e abrigam aquele que busca auxílio para suas demandas (PEGORARO; BASTOS, 2017).

É preciso refletir que a ênfase da ação do cuidado não está exclusivamente nos profissionais, mas no protagonismo e empoderamento dos sujeitos e da comunidade na efetivação desta ação, além da participação em processos decisórios exercendo produção de cidadania (MACEDO; DIMENSTEIN, 2016). Algumas dificuldades dos serviços são justamente a de comunicação e do trabalho interdisciplinar; é preciso refletir que o paciente de saúde mental, por exemplo, não é só de responsabilidade do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), mas também da Estratégia de Saúde da Família (ESF) referência do sujeito, assim como também do hospital, quando internados. O sujeito com sofrimento psíquico nem sempre irá demandar cuidado apenas devido ao seu quadro clínico. Por vezes os sujeitos são encaminhados de um serviço ao outro sem ser acolhido ou escutado. Uma das possibilidades de cuidado e serviço para atendimento à população com transtornos mentais ou de abuso de

---

<sup>2</sup> Pode ser entendida como, laços existentes entre as diversas disciplinas, visualizando os problemas de diferentes ângulos, com a ajuda de diferentes métodos (SANTOS et al, 2007).

<sup>3</sup> A intersetorialidade pode ser entendida como, a articulação de saberes, experiências e setores, com vistas ao planejamento, para a realização e a avaliação de estratégias, com o objetivo de promover cuidado integral (ROMAGNOLI et al, 2018).



substâncias é a internação em hospital geral. Conforme a lei 10.216/01 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001), a internação hospitalar deve acontecer quando os demais mecanismos extra-hospitalares falharem, ou seja, quando os serviços de atenção básica e especializados em saúde mental não conseguirem promover um cuidado adequado ao sujeito, a família não consegue dar suporte e este está em sofrimento intenso oferecendo risco para si e para os outros. Nessa situação a internação é aconselhável. Porém, como já citado, mesmo quando internado o paciente ainda é responsável também destes serviços extra-hospitalares e cabe a estes promover comunicação e elaborar estratégias de cuidado para quando o sujeito receber alta hospitalar.

Para compreender o trajeto percorrido pelos pacientes na busca de seu cuidado utiliza-se o itinerário terapêutico como dispositivo de escuta e pesquisa. Para Cabral et al (2011) os itinerários terapêuticos são movidos por indivíduos ou grupos na busca da recuperação da saúde assim como prevenção. Nestas buscas estão incluídas cuidados caseiros, crenças e práticas religiosas, assim como também os dispositivos de saúde formal, encontrados nos serviços de saúde. Estes dispositivos se relacionam nas tomadas de decisões e formam uma trajetória.

Os itinerários terapêuticos são subjetivos a cada sujeito e dependem de vários fatores que moldam e caracterizam o cuidado para cada um. Fatores como sexo, idade, etnia, categoria social, educação, profissão; características do sistema de saúde, e outros que possam se relacionar. Isso demonstra uma multiplicidade e variedade na forma com a qual as pessoas buscam resolver seus problemas de saúde (GERHARDT, 2000 apud ROTOLI, 2007). Compreender o itinerário terapêutico de determinado paciente não se limita apenas em conhecer suas escolhas e quais serviços está utilizando, mas sim conhecer também que forças e instituições atravessam esse sujeito.

Dessa forma, o presente estudo busca identificar e problematizar o itinerário terapêutico de pacientes/usuários<sup>4</sup> internados em leitos de saúde mental em um hospital geral no interior do Rio Grande do Sul.

### **Proposta metodológica**

---

<sup>4</sup> Utilizaremos os dois termos no decorrer do texto, paciente focado quando se referir ao sujeito internado e usuário, refletindo sobre o sujeito que circula na rede.

Trata-se de um estudo qualitativo realizado a partir de um olhar cartográfico. A pesquisa realizou-se com 12 pacientes internados em uma unidade de saúde mental de um hospital geral de Lajeado, Rio Grande do Sul. Os participantes incluídos na pesquisa foram pacientes internados na unidade no período abril a maio de 2018, maiores de 18 anos e que não estivessem interditados. Como critério de exclusão, não se entrevistou pacientes que estavam desorganizados, ou em função do quadro clínico ou em função da medicação em uso. Entende-se por desorganizados os sujeitos em crise psicótica ou pacientes que não conseguiam estabelecer um diálogo coerente e dentro dos princípios da realidade. A avaliação dos sujeitos aptos para participar, foi realizada pela equipe multidisciplinar do hospital, sendo que, após isso, estes indicavam os nomes dos sujeitos para participarem. Desse modo, a partir disso, das 12 entrevistas realizadas, foram validadas apenas oito.

Como instrumento de produção de dados foi realizado uma entrevista semiestruturada no período de abril a maio de 2018, com o objetivo de construir o itinerário terapêutico dos pacientes. A entrevista na cartografia possibilita acompanhar o movimento e diz sobre a intervenção, pois permite observar rupturas e mudança presentes nas falas, além de catalisar instantes de passagem e alguns acontecimentos disruptivos que interessa também conhecer (TEDESCO; SADI; CALIMAN, 2013).

O cuidado pode ser buscado no setor profissional, ou seja, nos serviços de saúde identificados, informal, que diz respeito a buscar auxílio com amigos e/ou familiares e o popular que é o cuidado baseado no conhecimento popular, como chás e outros (CONILL et al, 2008). Ainda, o itinerário terapêutico conta uma história, mas ainda, ele vai além da história, ele busca produzir nos sujeitos novos sentidos e ter no adoecer uma experiência transformadora (BELLATO; ARAÚJO; CASTRO, 2011).

Além do itinerário terapêutico destes pacientes, por se tratar de um estudo cartográfico, o diário de campo torna-se dispositivo essencial para a produção de dados. O diário de campo foi produzido no período de março a junho de 2018, iniciado antes do início das entrevistas e concluído após o término destas, ainda, nele foram escritas percepções, inquietações do processo, além de reflexões entre as pesquisadoras. A

pesquisa deve ser acompanhada de registro, não só do que é pesquisado mas também do processo. O texto possibilita a “publicização da análise das implicações que se cruzam no trabalho da pesquisa” (BARROS; PASSOS, 2012, p. 172). O diário de campo reflete as implicações dos pesquisadores e pesquisados. Ainda fala de um ato criativo através da escrita. É um meio de restituir o percurso da pesquisa-intervenção e produz um plano onde os sujeitos se dissolvem como entidades definitivas e pré constituídas (BARROS; PASSOS, 2012).

A cartografia, como análise, ao buscar compreender processos e o percurso de que segue a pesquisa, sendo em cada passo possível proporcionar experiência, se relaciona diretamente com o itinerário terapêutico. Este visa compreender as relações, movimentos e rede, possibilitando conhecer o processo de produção de subjetividade envolvido. Ainda, a partir da cartografia, também buscou-se conexões, pensando no que afeta essa subjetividade, que está constituída não só pelo sujeito, mas também pelas relações que ele estabelece (ROMAGNOLI, 2009).

A atenção foi essencial para compreender as relações com o campo e as possibilidades de experimentar o encontro com pacientes e suas histórias. Pensando em uma cartografia que permite desenhar a rede de forças à qual o paciente esteja conectado, pensando em suas modulações e movimento (BARROS; KASTRUP, 2012).

Os participantes do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) autorizando sua participação e publicação dos dados. Além disto, este estudo foi autorizado pelo Comitê de Ética, sob protocolo CAAE 83229318.1.0000.5310, e pelo Centro de Pesquisa do hospital onde foi realizada a pesquisa.

A partir disso, para uma análise mais detalhada escolhemos três enunciados que expressam aspectos marcantes dos caminhos percorridos pelos pacientes, sendo eles: *Contextualização dos itinerários terapêuticos; Atenção básica como porta de entrada: problematização e Banalização do sofrimento psíquico.*

### **Contextualização dos itinerários terapêuticos**

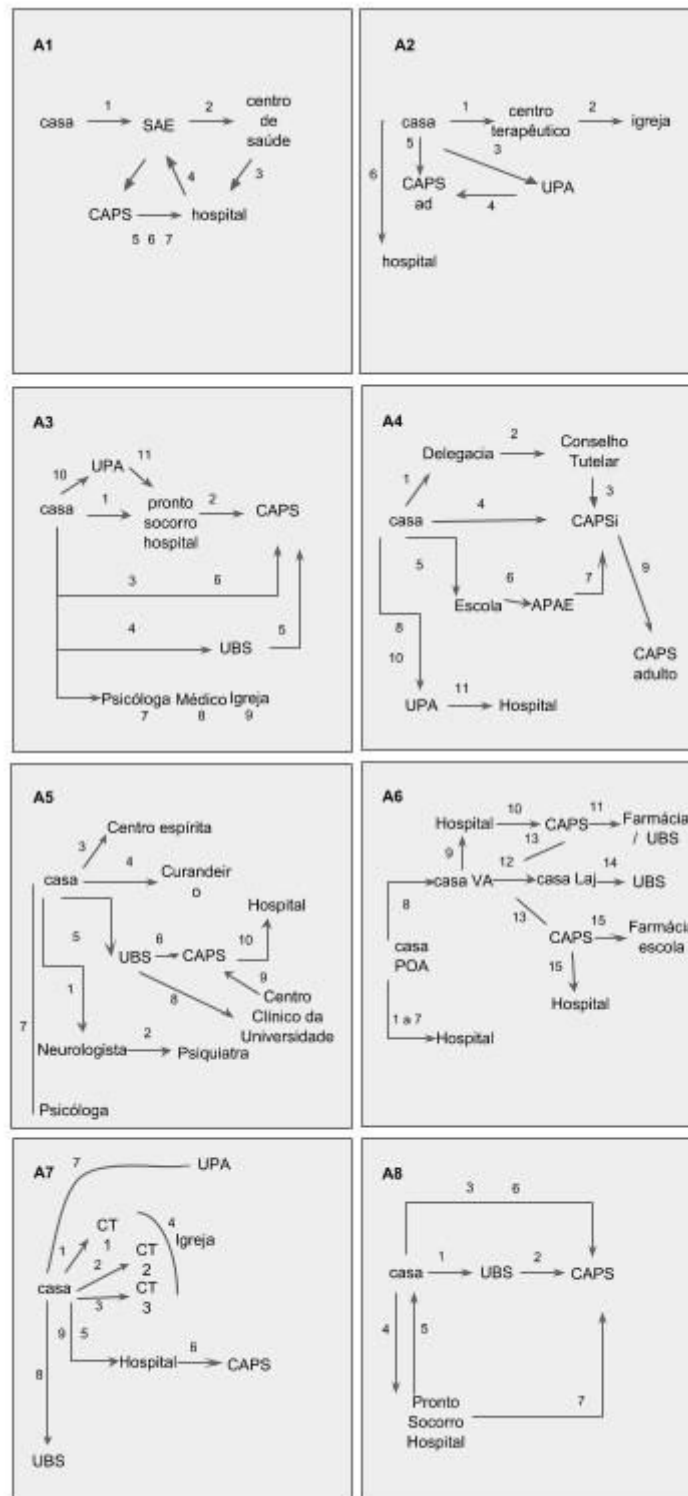
No período da pesquisa estiveram internados aproximadamente um total de 30 pessoas. Os oito participantes internaram por motivos variados, sendo que três dos participantes foram internados por tentativa e ideação suicida, dois por consumo de álcool e drogas e três por depressão. A porta de entrada desses sujeitos para a internação variou entre emergência (Unidade de Pronto Atendimento e Pronto Socorro) e encaminhamento do Centro de Atenção Psicossocial (CAPS).

Todos os participantes residem no município onde o hospital está localizado. O município contempla uma rede de cuidado em saúde estruturada com diversos serviços. Atualmente, o município tem 14 Estratégias de Saúde da Família (ESF), três Centros de Saúde, uma Unidades Básicas de Saúde (UBS), um Serviço de Atendimento Especializado (SAE HIV/Hepatites), um Centro de Atenção Psicossocial adulto (CAPS), um Centro de Atenção Psicossocial álcool e outras drogas (CAPS AD), um Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil (CAPSij), uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), Hospital Geral, além de espaços como comunidades terapêuticas, Clínica Central e duas oficinas terapêuticas em saúde mental na Atenção Básica, financiadas pelo estado do Rio Grande do Sul (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990; 2001; 2002; 2004; 2005; 2012a; 2012b; 2012c; 2013; 2015; 2017). Além disso, o município conta com um convênio com a Universidade local, onde a farmácia municipal é a farmácia escola do Curso de Farmácia, e, ainda, outros 10 serviços escola dos cursos da saúde complementam a rede de cuidado do município. Esses serviços fazem parte da RAPS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017) que surge para refletir sobre como estabelecer o cuidado em saúde mental e de que forma os serviços devem se relacionar pensando no melhor cuidado para o sujeito que atendem.

Nas entrevistas a grande maioria dos serviços apareceram como parte do itinerário terapêutico dos pacientes e além dos serviços do município surgiram comunidades terapêuticas de outros lugares como parte do itinerário dos pacientes internados, principalmente quando do consumo de álcool e drogas. Segundo as entrevistas, os itinerários dos pacientes (Figura 1) iniciavam através da busca de ajuda em espaços especializados de saúde, através de médicos particulares e comunidades terapêuticas. Percebe-se que, embora as políticas de saúde indiquem a atenção básica

como porta de entrada, esse não era o primeiro serviço dos sujeitos nos espaços de cuidado.

**Figura 1 - Itinerários terapêuticos dos pacientes entrevistados**



Fonte: produzido pelas autoras.

Quanto ao itinerário, ainda pelo retorno dos entrevistados, esse se dava de forma linear e pouco se percebeu uma articulação da rede. Entendemos que é necessário que os pacientes tenham algum serviço de referência para seu cuidado, assim como para toda família. Para que isso ocorra é essencial o estabelecimento de vínculo entre espaços de cuidado e sujeitos, ou seja, uma construção de relações de afetividade e confiança entre o paciente e o profissional, “permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012a). De maneira geral, os entrevistados sempre foram bem recebidos e acolhidos nos serviços que procuravam, porém, a rotatividade demonstrada nos itinerários nos permite refletir que a vinculação dos pacientes em um serviço de referência está fragilizada. Uma das falas demonstra também o não conhecimento e, conseqüentemente, a não vinculação de um dos pacientes, “*é que eu não sabia de nenhuma clínica né no começo, daí eu não sabia que tinha hospital não sabia de nada, não sabia nem que tinha CAPS, não sabia né*” (A2). Além disso, A3 coloca um pouco da sua experiência na rede,

- A3: *os posto encaminham para o CAPS né, até na UPA, se tu for em um horário mais cedo que não seja depois das seis horas, enquanto o caps tiver aberto eles vão te encaminhar para o caps [...] No momento tem que chegar lá (ESF ou UBS) e falar que quer falar com a enfermeira chefe e se tiver ah hoje ela não pode atender, aí diz mas meu caso é urgente aí fala assim assim, deixa eu falar contigo, vamo ali, não então vou te passar pra ela. Aí a enfermeira chefe vai ligar para o caps vai colocar a par da situação vai te passar o papel e tu vai.*

- Pesquisadora: *E depois disso tu chegou a voltar lá ou alguém foi na tua casa?*

- A3: *Do posto não.*

Tais relatos corroboram a pensar na fragilidade da vinculação e corresponsabilização dos envolvidos no cuidado: paciente, família e profissionais de saúde. Além disso, nos itinerários apareceram outros espaços de cuidado que não os ditos formais, porém, foram em poucos casos. Aqui podemos levantar mais um questionamento sobre a importância de se pensar o cuidado para além das práticas formais ou dos ditos serviços de saúde. Tal ideia é proposta pela clínica ampliada, que propõe pensar para além dos diagnósticos médicos e entender o sujeito e sua singularidade propondo um cuidado integral.

## **Atenção Básica como porta de entrada: problematização**

A Atenção Básica (AB) é considerada a porta de entrada preferencial do SUS, busca promover e proteger a saúde prevenindo agravos e fornecendo tratamentos e manutenção da saúde, através de ações individuais e coletivas, desenvolvendo uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). No que diz respeito à saúde mental, a atenção básica faz parte da RAPS e é um serviço essencial para pensar o cuidado dos sujeitos com sofrimento psíquico, justamente por estar no território, existir próximo da sua realidade e de suas famílias.

Na pesquisa, a AB aparece em alguns momentos como porta de entrada, porém, os participantes, ao relatarem seu itinerário terapêutico, suas vinculações, pouco falaram da atenção básica. Ao serem questionados sobre se buscavam ajuda nas unidades, muitos respondiam que não, que procuravam diretamente os CAPS, ou UPA ou o Pronto Socorro do Hospital. Algumas falas se repetiam ao questionar sobre a ajuda ofertada na atenção básica.

*Eu não vou no posto de saúde. Tanto que eu nem sei onde fica meu posto de saúde (A1).*

*- A4: No posto tem que adivinhar quando fica doente.*

*- Pesquisadora: Como assim?*

*- A4: Tipo tem que marcar para mês que vem, e daí tem que ficar doente.*

*Acho que faz um ano que não vejo minha agente de saúde (A3).*

As falas evidenciam um descontentamento do atendimento prestado nos serviços e isso pode ser um indicativo do não retorno às unidades de saúde. Para alguns, as ESF, UBS e centros de saúde acabam não sendo uma primeira opção de escolha dos pacientes, pois a partir de experiências nesses espaços pensam que não serão compreendidos, além de não conseguir estabelecer vínculo com os serviços.

Ao ouvir os relatos durante as entrevistas, chama a atenção o quanto a demanda do serviço realmente vem daquilo que é ofertado, ou seja, é a partir do que se estabelece que é o cuidado no serviço, que se demanda as ações. Entramos em contato com as



unidades de saúde dos pacientes participantes e questionamos sobre o que elas oferecem, além do acolhimento. Há alguns grupos, como: grupo para gestantes, Hipertensão e Diabetes) e atividade física. Ainda, em uma das ligações, a profissional do serviço relatou que teria um grupo de educação em saúde, questionamos sobre o que seria o grupo e a resposta foi “palestras sobre saúde” (DIÁRIO DE CAMPO, 14/05/2018). Quando paramos para analisar sobre as temáticas dos grupos e como eles ocorrem, percebemos que a saúde mental não está entre elas e ainda o quanto se propõe, às vezes, o mínimo no que diz respeito à promoção de saúde, quando se deveria ser ao contrário, o foco ser nessa área e ainda promovendo o autocuidado e a autonomia dos pacientes. Nesse sentido, será que os pacientes não procuram a UBS por não perceberem esse como um possível lugar de ajuda sobre seu sofrimento psíquico? Quando questionados sobre se buscaram a UBS em outras ocasiões, que não seja sobre sua saúde mental, cinco responderam que sim e outros três que não; referem que acabam indo para a UPA ou Pronto Socorro do Hospital.

Ainda, para alguns, a vinculação com a unidade de saúde é forte. Para A5 é um dos primeiros lugares onde busca ajuda, porém, quando se trata da sua saúde mental ela é encaminhada diretamente para o CAPS. Ao ser questionada sobre onde buscaria ajuda primeiro, e onde gostaria de receber ajuda, afirma *“olha para mim seria mais fácil no postinho. Mas tô me tratando no Caps né, fica meio longe porque moro [bairro onde mora] e o CAPS é no centro”*(A5).

É importante também refletir que a saúde mental na atenção básica é algo que causa muitas dúvidas e reflexões entre os profissionais de saúde.

Acredito que algumas dúvidas possam ser até que ponto eu devo intervir? Quando devo acionar outro serviço? O que eu faço quando identifico demanda de saúde mental? São questionamentos que penso que surgem pelo menos uma vez para os profissionais da atenção básica, e não há uma resposta única para elas (DIÁRIO DE CAMPO, 27/04/18).

É necessário pensar que cada paciente vai ter sua singularidade e sua forma de vivenciar seu sofrimento psíquico, sendo importante ao profissional de saúde promover uma escuta desse e acolhimento para poder dar continuidade aos espaços de cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Os autores Minozzo e Costa (2013) elaboraram um estudo onde identificam os questionamentos que levantamos a respeito da atuação na

atenção básica. No estudo os profissionais entrevistados relataram que tinham dificuldades com a abordagem dos casos de saúde mental que exigem mais do que o modelo biomédico. O medo do desconhecido, insegurança e o preconceito podem estar presentes na forma como os profissionais atuam. Para conseguir lidar com isso é necessário comunicação entre os serviços de saúde da RAPS, para que um consigam dar suporte para o outro e não simplesmente responsabilizar um serviço apenas pelo sujeito com sofrimento psíquico. O estudo ainda afirma que há uma carência na compreensão da saúde mental como tema transversal presente em todas as áreas estratégicas, ou seja, assim como se fala em saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso, entre outros, a saúde mental também deve estar presente em estratégias de prevenção e promoção, assim como reabilitação e cuidado em saúde.

É importante, desse modo, reforçar o quanto o (SUS) propõe, no que diz respeito ao cuidado, princípios básicos sendo um deles a integralidade, ou seja, conjuntos de ações articuladas de caráter preventivo e curativo, individual ou coletivo conforme indicar cada caso atendido. Enfatizamos as “ações articuladas”, isso diz respeito ao trabalho em rede. No decorrer da pesquisa pudemos nos questionar o quanto se tem uma rede de cuidado estabelecida com uma amplitude de serviços, porém, a comunicação entre serviços é frágil. Pensamos aqui que a rede não é algo linear, onde o sujeito vai da atenção básica para o serviço especializado e assim por diante. Ela pode ser rizomática, ou seja, vai se constituindo de acordo com as demandas e necessidades do usuário. Aquele sujeito que foi para a internação hospitalar, necessita em algum momento retornar para a atenção básica, assim como se retorna para o CAPS, tudo isso para promover o cuidado integral do sujeito, inclusive no seu território. A questão é que pelos itinerários dos pacientes entrevistado, isso não tem se dado de forma efetiva e pensamos que muito se diz da dificuldade dos profissionais e da gestão em manejar o cuidado. Pode-se pensar que algumas das dificuldades da rede também está na comunicação que os profissionais desenvolvem entre si, ou que não desenvolvem.

Uma situação delicada vivenciada durante meu processo de pesquisa correspondeu a uma discussão entre médico e enfermeira. Com certeza foi algo que me instigou e incomodou. Acho que seja necessário problematizar o quanto ainda se enfatiza o profissional da medicina como o detentor de todo o saber e não se discute o cuidado entre todos os profissionais. E ainda o quanto isso pode prejudicar o sujeito que necessita de escuta e atenção (DIÁRIO DE CAMPO, 06/04/18).

A pessoa que procurar um serviço de saúde público deve ter acesso facilitado e prático. É preciso ainda conhecer o sujeito e seu contexto para se pensar as ações de atenção a serem elaboradas com este. Isso diz também de por onde essa pessoa circulou na rede de saúde. Ainda, é importante reforçar que o cuidado é sempre do paciente, ele é o centro do seu tratamento e seu principal autor. O sujeito atendido já não é mais alguém passivo diante da sua saúde, mas ele deve ser ativo no processo, sendo necessário escutá-lo. É necessário pensar na potencialidade que tem as ações de produção de saúde e construção do cuidado integral em rede, e além disso também refletir sobre o processo das práticas de saúde (VIEIRA, 2017).

### **Banalização do sofrimento psíquico**

Algo que voltamos para pensar, sobre a saúde mental, é o quando o sofrimento psíquico não é encarado por vezes como algo que precisa de cuidado e tratamento. Muitas vezes o discurso de quem sofre mentalmente é invalidado pelos profissionais de saúde e também pelos membros da sua família.

*Mas assim ele (filho) acha que eu sou, que eu faço errado, não sei te explicar ele quer me ajudar mas não sabe como me ajudar ele diz não é assim que tu tem que fazer mãe é cabeça pra frente, não deve pensar nisso não deve pensar nisso (A8).*

*As vezes né, porque acham as vezes que a depressão não pode ser né. A filha acha que a gente tá se fazendo, não entende muito bem. Quer que eu fique boa de uma vez e que eu tenho que me ajudar. Eu faço o possível mas é difícil (A5).*

*Para ficar bem queria ir para casa, e queria que meu filho me visitasse que ta de mal comigo e não entende o que passo (A6).*

Falas desse tipo ou ainda, ‘isso não é depressão é preguiça’ ou ‘tu tem que te ajudar’ invalidam o sofrimento psíquico como algo real, algo que sim, foge da vontade das pessoas e que precisa de tratamento e cuidado.

Me pergunto, que pessoa que gostaria de ficar depressiva, ou acorda pensando, hoje vou entrar em depressão. Não são escolhas, ninguém escolhe ter problema cardíaco, ou hipertensão e diabetes, com o sofrimento psíquico é a mesma situação (DIÁRIO DE CAMPO, 09/04/18).

É preciso, a partir dessas respostas dos pacientes, que paremos para pensar nas práticas de cuidado, não só com eles, mas com sua família também. Além das famílias o sofrimento psíquico pode ser invalidado pelos próprios profissionais. Para Dalmolin (2006)

As pessoas buscam protagonizar trajetórias, criam estratégias, produzem um saber que via de regra, sequer é percebido ou valorizado pelos profissionais e serviços que lidam com elas. Quando chegam ao serviço, essas pessoas parecem saber o que podem ou não, o que vai ser valorizado ou não naquele local. Por isso, agem também segundo o que pensam que se espera delas, deixando de explicitar os recursos próprios e de seu contexto e mascarando assim a sua própria singularidade (p. 42).

É importante refletir sobre a escuta e o acolhimento feito para pessoas com sofrimento psíquico, o quanto o sujeito sente-se vinculado e acolhido no ambiente onde está, seja serviço de saúde ou sua própria casa, vai dizer de como ele irá se expressar. Nos relatos percebemos que de modo geral eles são rotulados pelos membros de sua família, e ousamos dizer que podem ser também pelas equipes de saúde. Mesmo após a RP, percebe-se que há diversos paradigmas necessários de serem quebrados. O paciente de saúde mental ainda é diversas vezes rotulado e estigmatizado pela sociedade. Ainda, Vieira (2017) apresenta que é indispensável conhecer e buscar novas formas de compreender a loucura visto que essa ainda ocupa lugar de desvalor no contexto cultural. É preciso problematizar a loucura trazendo para o social o tema ultrapassando os discursos teóricos e técnicos. É necessário mudanças nas formas de compreender os sujeitos e como eles se organizam, trazer concepções diferentes sobre o cuidado e a necessidade de se compreender aquilo que atravessa o sujeito e sua doença.

Voltando para a banalização do sofrimento psíquico, e o quanto este possa ser invalidado nos espaços de cuidado, temos a fala de um paciente que ao ser questionado sobre sua procura pela ESF do seu bairro, e qual foi o retorno, respondeu, *“Ah eles falaram para eu procurar ajuda, pensar nos meus filhos. Que isso não leva a lugar nenhum, isso quase me levou a morte”* (A7).

Na fala percebemos algumas contradições a respeito dos serviços de saúde: ao mesmo tempo que esse deveria ser porta de entrada para escuta e acolhimento dos sofrimentos, quando os pacientes chegam, a orientação é de buscar ajuda. Podemos fazer uma reflexão novamente sobre a responsabilização dos serviços sobre a forma

como se promove o cuidado ao sujeito com sofrimento psíquico. É necessário compreender que cada pessoa é um conjunto de dimensões diferentes com relações distintas entre elas, sendo imprescindível nos encontros com a pessoa que sofre dar atenção e escuta a esse conjunto de forma integral e também pensando na sua subjetividade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Para Vieira (2017) as equipes de saúde se deparam constantemente com problemas de saúde mental, sendo importante o trabalho com as áreas subjetivas e sociais do sofrimento desses sujeitos. Porém, o desafio está em se pensar o cuidado com o sujeito em sofrimento psíquico para esse além do modelo biomédico, onde o sujeito e sua subjetividade são substituídos por uma função do organismo, onde qualquer desequilíbrio emocional passa a ser sinal de disfunção fisiológica, de anormalidade, referindo um possível padrão de funcionamento (CORBISIER, 2012). A principal questão é que precisamos pensar que cada sujeito vai vivenciar seu sofrimento de uma forma. O próprio itinerário terapêutico dos entrevistados diz sobre isso. Nos resultados tivemos mais do que um paciente usuário de álcool e drogas e por mais que os itinerários se assemelham, pensando também no que se tem oferecido como auxílio para os sujeitos, eles se diferenciam, pois apresentam a singularidade de cada um e de suas relações na busca de cuidado; assim como os pacientes internados por tentativas de suicídio e depressão também buscam ajuda conforme seu entendimento e de como foram estabelecidas suas relações. Assim como o sofrimento é visto por cada um de uma forma, os espaços de cuidado também, as opiniões de cada um variam conforme vivenciaram e se vincularam ao serviço ou aos demais espaços de cuidado.

### **Considerações Finais**

É importante relatar que há uma linha tênue entre as categorias apresentadas. No decorrer de toda a pesquisa as discussões e percepções atravessaram diversos saberes técnicos e teóricos, além de possibilitar a reflexão acerca da atuação profissional e da formação em saúde. Torna-se importante escutar os sujeitos que estão circulando pela rede de cuidado, visto que o cuidado é também de responsabilidade destes espaços.

Sobre a rede de saúde do município, entendemos que há uma variedade de serviços oferecidos e, de maneira geral, cada serviço cumpre seu propósito de oferecer cuidado em saúde. Retomando que o principal objetivo do itinerário terapêutico é de compreender o processo de busca de cuidado dos sujeitos e por quais espaços ele se dá, torna-se importante refletir sobre a palavra rede e o que ela representa, sendo desenvolver esse trabalho integral um dos maiores desafios atuais dos espaços de cuidado. Compreender que os serviços não deveriam trabalhar de forma isolada, sendo necessária comunicação e colaboração mútua, estes ainda podem ser dificultadores para os profissionais, gestores e, inclusive, para os pacientes e seus familiares. É essencial promover discussões a respeito do cuidado em saúde mental e problematizar as práticas de acolhimento e escuta. E, ainda, pensar o quanto há uma fragilidade na atenção básica no que diz respeito ao cuidado em saúde mental e o quanto esta fragilidade associada à banalização do sofrimento psíquico atravessam o trabalho em rede e as concepções de cuidado e saúde.

Por fim, é importante pensarmos o quanto ainda se diferencia saúde e saúde mental. Precisamos entender que não são termos ou práticas separadas uma da outra. Historicamente temos a saúde mental como área estigmatizada e excluída e ao continuarmos separando saúde/saúde mental podemos estar dando continuidade aos rótulos que os pacientes com sofrimento psíquico recebem. Além disso, pensar que a saúde mental é tão importante quanto à saúde física para os sujeitos, ou melhor, se pensarmos no conceito ampliado de saúde, onde a saúde é proposta a partir da integralidade do sujeito, talvez não precisássemos mais adjetivar a saúde. No entanto, conforme os resultados da pesquisa apontam, a banalização da saúde mental ainda nos convoca a continuarmos com o adjetivo e com políticas públicas cada vez mais integradoras e intersetoriais.

## **Referências Bibliográficas**

BARROS, Laura Pozzana de; KASTRUP, Virgínia. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. 2. reimpressão. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 52-75.

BARROS, Regina Benevides de; PASSOS, Eduardo. Diário de bordo de uma viagem-intervenção. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. 2. reimpressão. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 172-200.

BELLATO, Roseney; ARAÚJO, Laura Filomena Santos de; CASTRO, Phaedra. O itinerário terapêutico como uma tecnologia avaliativa da integralidade em saúde. PINHEIRO, Roseni; SILVA, Aluisio Gomes da; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). In: **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. 1ª edição/ 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2011, p. 167-188.

CABRAL, Ana Lucia Lobo Vianna; MARTINEZ-HEMÁEZ, Angel; ANDRADE, Eli Iola Gurgel; CHERCHIGLIA, Mariangela Leal. Itinerários terapêuticos: o estado da arte da produção científica no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, p. 4433-4442, nov. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n11/a16v16n11.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

CONILL, Eleonor Minho; PIRES, Denise; SISSON, Maristela Chitto; OLIVEIRA, Maria Conceição de; BOING, Antonio Fernando; FERTONANI, Hosanna Pattrig. O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 5, p. 1501-1510, out. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n5/15.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

CORBISIER, Cláudia. A Reforma Psiquiátrica: avanços e limites de uma experiência. In. AMARANTE, Paulo. **Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade**. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2012.

DALMOLIN, Bernadete Maria. **Esperança equilibrada: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2006.

GERHARDT, Tatiana Engel; ROTOLI, Adriana; RIQUINHO, Deise Lisboa. Itinerários terapêuticos de pacientes com câncer: encontros e desencontros da Atenção Básica à alta complexidade nas redes de cuidado. In: PINHEIRO, Roseni; SILVA, Aluisio Gomes da; MATTOS, Ruben Araújo de (Orgs.). **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. 1ª edição/ 1ª reimpressão. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2011, p. 197-214.

MACEDO, João Paulo; DIMENSTEIN, Magda. Efeitos do saber-fazer de psicólogos na Saúde Mental do Piauí. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 28, n. 1, p. 37-45, 2016. Disponível em: <<http://www.periodicoshumanas.uff.br/Fractal/article/view/1034/1265>>. Acesso em: 14 mar. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, set. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 20 mai. de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei Nº 10.216, de 06 de abril de 2001. **Dispõe sobre a proteção e os direitos de pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, abr. 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Acesso em: 20 mai. de 2018.



MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 336, de 19 de fevereiro de 2002. **Dispõe sobre os Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, para atendimento público em saúde mental, isto é, pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo.** Brasília: Ministério da Saúde, fev. 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336\\_19\\_02\\_2002.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0336_19_02_2002.html)>. Acesso em: 20 mai. de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial.** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[http://www.ccs.saude.gov.br/saude\\_mental/pdf/SM\\_Sus.pdf](http://www.ccs.saude.gov.br/saude_mental/pdf/SM_Sus.pdf)>. Acesso em: 20 mai. de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria da Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil.** Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília: Ministério da Saúde, nov. 2005. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15\\_anos\\_Caracas.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Relatorio15_anos_Caracas.pdf)>. Acesso em: 20 mai. de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 20 mai. de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Nota Técnica nº. 25/2012.** Serviço hospitalar de referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental incluindo aquelas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do componente de atenção hospitalar da rede de atenção psicossocial. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/mentalsaude/NotaTecnicaPT1482012LeitosSMnoHG.pdf>> Acesso em: 20 mai. de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 148, de 31 de janeiro de 2012. **Define as normas de funcionamento e habilitação do Serviço Hospitalar de Referência para atenção a pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, do Componente Hospitalar da Rede de Atenção Psicossocial, e institui incentivos financeiros de investimento e de custeio.** Brasília, Ministério da Saúde, 2012c. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2015/marco/10/PORTARIA-148-31-JANEIRO-2012.pdf>> Acesso em: 28 jun. de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica n. 34.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_34.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf)>. Acesso em: 12 mai. 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Centros de Atenção Psicossocial e Unidades de Acolhimento como lugares da atenção psicossocial nos territórios:** orientações para elaboração de projetos de construção, reforma e ampliação de CAPS e de UA. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em:

<[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros\\_atencao\\_psicossocial\\_unidades\\_acolhimento.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/centros_atencao_psicossocial_unidades_acolhimento.pdf)>. Acesso em: 20 mai. de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria Nº 3.588, de 21 de dezembro de 2017. **Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências.** Brasília: Ministério da Saúde, dez. 2017. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/images/portarias/dezembro2017/dia22/portaria3588.pdf>>. Acesso em: 20 mai. de 2018.

PEGORARO, Renata Fabiana; BASTOS, Ludmilla Suelen Nunes. Experiências de acolhimento segundo profissionais de um centro de atenção psicossocial. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 6, n. 1, 2017. Disponível em: <<http://seer.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1525/pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2018.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho. A cartografia e a relação pesquisa e vida. **Revista Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 2, 2009. Disponível em : <<http://www.scielo.br/pdf/psoc/v21n2/v21n2a03.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2018.

ROMAGNOLI, Roberta Carvalho; AMORIM, Ana Karenina de Melo Arraes; SEVERO, Ana Kalliny de Sousa; NOBRE, Maria Teresa. Intersetorialidade em Saúde Mental: Tensões e Desafios em Cidades do Sudeste e Nordeste Brasileiro. **Revista Subjetividades**, v. 17, n. 3, p. 157-168, 2018. Disponível em: <<http://periodicos.unifor.br/rmes/article/view/6075/pdf>>. Acesso em: 04 jul. 2018

SANTOS, Silvana Sidney Costa; LUNARDI, Valéria Lerch; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; CALLONI, Humberto Calloni. Interdisciplinaridade: a pesquisa como eixo de formação/profissionalização na saúde/enfermagem. **Revista Didática Sistemática**, v.

5, 2007. Disponível em: <<https://periodicos.furg.br/redsis/article/view/1230/525>>. Acesso em: 04 jul. 2018

TEDESCO, Silvia Helena; SADE, Christian; CALIMAN, Luciana Vieira. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. **Fractal: revista de Psicologia**, v. 25, n. 2, p. 299-322, 2013. Disponível em: <<http://www.periodicoshumanas.uff.br/Fractal/article/view/1112/863>>. Acesso em: 14 mar. 2018.

VIEIRA, Solange Santana; NEVES, Claudia Elizabeth Abbês Baeta. Cuidado em saúde no território na interface entre Saúde Mental e Estratégia de da Saúde Família. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 29, n. 1, p. 24-33, 2017. Disponível em: <<http://www.periodicoshumanas.uff.br/Fractal/article/view/1375/1408>>. Acesso em: 18 mai. 2018.

## ANEXO A - NORMAS DA REVISTA FRACTAL

### Fractal Revista em Psicologia

**Relatos de pesquisa:** relatos de investigações baseadas em dados empíricos, utilizando metodologia científica. (Máximo de 20 laudas).

### ABNT

Os trabalhos serão apreciados pela Comissão Editorial que decidirá sobre sua aceitação e, se necessário, sugerir ao autor modificações de estrutura e conteúdo.

O editor reserva-se o direito de efetuar alterações ou cortes nos trabalhos recebidos para adequá-los às normas da revista, respeitando os conteúdos e o estilo do autor. Os autores serão notificados da aceitação ou recusa de seus artigos.

No caso de texto que trate de pesquisa envolvendo seres humanos, será exigido, nos termos das Resoluções 196/96 e 251/97 do Conselho Nacional de Saúde, documento comprobatório da aprovação por parte de Comissão ou Comitê de Ética da instituição na qual foi realizada a pesquisa.

Ao submeter o artigo os autores deverão preencher, assinar, escanear e enviar como documento suplementar (Passo 4 da submissão do artigo) o termo de conflito de interesse. Se isso não for realizado o artigo não será avaliado.

Os textos ou artigos originais deverão ser compostos com espaço entrelinhas de 1,5, tamanho A4 (210mm x 297mm), digitados em Word for Windows, corpo 12, fonte times new roman e com todas as folhas numeradas, sem qualquer tipo de formatação, a não ser:

- margens de 3cm;
- uso de aspas duplas para indicar destaque;
- uso de itálico para termos estrangeiros e títulos de livro e periódicos.

A apresentação dos trabalhos deve obedecer à seguinte ordem:

Folha de rosto despersonalizada contendo:

- Título em português não devendo exceder a 10 palavras.
- Título em Inglês.
- Indicar fonte de financiamento ou reconhecimento a apoio técnico recebido no desenvolvimento do trabalho.

Obs.: os dados do autor (nome, afiliação institucional, endereço, *e-mail*) não devem constar no artigo. Estes serão inseridos no Passo 2 da submissão *online*.

Visando aumentar o interesse dos leitores pelo trabalho, além do documento de submissão, os autores podem enviar Documentos Suplementares (Ex.: conjuntos de dados, instrumentos de pesquisas, entre outros - ver Passo 4 da submissão *online*).

- **Resumo:** os artigos devem vir acompanhados de resumo na língua principal e em inglês. Os resumos devem conter 150 palavras para os trabalhos da categoria Relatos de Pesquisa e 100 palavras para os trabalhos das categorias Estudo teórico, Relatos de experiência profissional e Notas de pesquisa. Os resumos de Relato de Pesquisa devem incluir: descrição do problema investigado, definição e caracterização da amostra, método utilizado para a coleta de dados, resultados, conclusões e suas aplicações. Os resumos da revisão crítica da literatura ou do estudo teórico devem conter os seguintes tópicos: o tema investigado, objetivo, constructo sob análise ou organizador do estudo, fontes utilizadas e conclusões. Sugerimos que os autores utilizem pelo menos uma frase para cada tópico abordado.
- **Palavras-chave:** o(s) autor(es) deve(m) apresentar três a cinco palavras-chave, na língua do texto e em inglês. As palavras devem ser separadas entre si por ponto e vírgula, finalizadas por ponto.

As ilustrações (quadro, desenhos gráficos, mapas, fluxogramas, esquemas, organogramas e outros) deverão ter a resolução mínima de 300dpi. Elas deverão ser inseridas no texto, não no final do documento, como anexos.

As tabelas deverão ser identificadas na parte superior e devem obedecer às Normas de Apresentação Tabular do IBGE (1993).

Exemplo: Tabela 1-

Tabela 2-

As citações serão indicadas no corpo do texto, entre parênteses, de acordo com a NBR 10520:2002.

Exemplos: (SILVA, 2004, p. 96)

(OLIVEIRA, 2003, p. 21-36)

(BRASIL, 2003, p. 26)

(OS EMERGENTES, 2002, p. 4-5)

As citações no texto são transcritas entre aspas duplas, no caso de citação direta ou textual curta, de até 3 linhas, vindo incorporada ao parágrafo. Quando citação direta ou textual longa, com mais de 3 linhas, ela é incorporada em parágrafo isolado, com recuo de 4cm da margem sem aspas.

As notas explicativas, restritas ao mínimo indispensável, deverão ser apresentadas no final do texto.

As referências deverão ser apresentadas no final do texto, obedecendo à norma NBR 6023:2002.

Exemplo:

- Livro (1 autor)

FERNANDES, A. M. D. *Quando a arte ganha a potência de inventar novos mundos*. Rio de Janeiro: Centro Cultural Banco do Brasil, 2003.

(até 3 autores)

RANDIN, J. C.; BENEDET, J. H.; MILANI, M. L. *Facetas da colonização italiana: planalto e oeste catarinense*. Joaçaba: UNOESC, 2003.

(mais de 3 autores)

JAMBEIRO, O. et al. *Tempos de Vargas: o rádio e o controle da informação*. Salvador: EDUFBA, 2004.

- Evento no todo

CONGRESSO INTERNACIONAL DE FORMAÇÃO CONTINUADA E PROFISSIONALIZAÇÃO DOCENTE, 1., 2005, Natal. *Anais...* João Pessoa: Ed. Universitária/ UFPB, 2005.

- Trabalho apresentado no evento

ALVES, I. C. B. O ensino das técnicas de exame psicológico no Brasil: visão geral. In: SIMPÓSIO DE PESQUISA E INTERCÂMBIO CIENTÍFICO, 9., 2002, Águas de Lindóia. *Anais...* Águas de Lindóia: [s. n.], 2002. p. 86.

- Dissertação

LEMONS, F. C. S. *Práticas de conselheiros tutelares frente à violência doméstica: proteção e controle*. 2003. Dissertação (Mestrado)—Universidade do Estado de São Paulo, Assis, 2003.

- Tese

SOARES, E. *Desenvolvimento e dificuldades da concepção localizacionista de funções mentais: uma análise a partir de Merleau-Ponty*. 2003. Tese (Doutorado)—Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

Relatório de pesquisa

SOUZA, L. *Educação em tempos neo-liberais: uma análise micropolítica do ensino médio em Vitória, ES*. 2002. Relatório de pesquisa apresentado à Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.

- Parte de livro

CIMADON, A. Avaliação da aprendizagem. In: \_\_\_\_\_. *Ensino e aprendizagem na universidade: um roteiro de estudos*. 2. ed. rev. e ampl. Joaçoba: UNOESC, 2004. p. 159-194.

- Artigo de revista

SOARES, E. A crítica de Merleau-Ponty à Psicofisiologia Clássica. *Revista do Departamento de Psicologia - UFF*, Niterói, v. 16, n. 2, p. 17-28, jul./dez. 2004.

- Artigo de jornal

FRAGA, C. *Avaliar é preciso*. Correio Brasiliense, Brasília, DF, 8 maio 2004. Opinião, p. 19.

- Documentos jurídicos

BRASIL. *Constituição (1988)*. Constituição da República Federativa do Brasil: atualizada até a Emenda Constitucional nº 39, de 19.12.2002, com notas remissivas às principais leis básicas. Atualização e notas por Wladimir Novaes Filho. 6. ed. São Paulo: LTr, 2003.

- Documentos eletrônicos

QUEIRÓS, E. de. *A relíquia*. São Paulo: USP, 1998. Disponível em: <<http://www.bibvirt.futuro.uso.br/textos/autores/ecadequiros/reliquia-texto.html>>. Acesso em: 2 maio 2002.

As opiniões e os conceitos emitidos são de inteira responsabilidade do(s) autor(es).